



we integrate. active.

## Gesuch um Nachbetreuung

→ dieses Formular ist der Active Communication einzureichen

### für

Kommunikation HVI 15.02

Umfeldkontrolle HVI 15.05

Hilfsmittel am Arbeitsplatz zur Schulung und Ausbildung HVI 13.01

### Gewünschter Dienstleister

Active Communication AG, Sumpfstrasse 28, CH-6312 Steinhausen

### Versicherte Person

weiblich

männlich

Name\_\_\_\_\_

Vorname\_\_\_\_\_

Adresse\_\_\_\_\_

PLZ / Ort\_\_\_\_\_

Versicherten-Nr. / AHV-Nr.\_\_\_\_\_

Geburtsdatum\_\_\_\_\_

Telefon-Nr.\_\_\_\_\_

E-Mail\_\_\_\_\_

Ich möchte den Active-Newsletter abonnieren

### Kontaktpersonen für Rückfragen

Name\_\_\_\_\_

Vorname\_\_\_\_\_

Funktion\_\_\_\_\_

Adresse\_\_\_\_\_

PLZ / Ort\_\_\_\_\_

Telefon-Nr.\_\_\_\_\_

E-Mail\_\_\_\_\_



we integrate. active.

### **Ausführliche Begründung**

Weshalb wird eine Nachbetreuung benötigt?

Zum Beispiel: Haben sich motorische und/oder kognitive Fähigkeiten verändert, und falls ja, wie?

Kann das Hilfsmittel nicht mehr bedienen? Sind Anpassungen nötig? Wenn ja, welche?

Wird eine Schulung (Alltagsanwendung, Programmierung etc. benötigt?

Ist die Positionierung des Hilfsmittels, der Rollstuhlhalterung und/oder der Tischhalterung anzupassen?

Wenn, ja weshalb? Haben Sie weitere Anliegen?

Wieviele Termine möchten Sie beantragen?

Anzahl Termine vor Ort: \_\_\_\_\_ (in der Regel 2h pro Termin vor Ort).

### **Unterschrift**

\_\_\_\_\_  
Versicherte, Eltern oder gesetzliche Vertreter

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

→ dieses Formular ist der Active Communication einzureichen

Active Communication AG  
Sumpfstrasse 28  
CH-6312 Steinhausen

office@activecommunication.ch